

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906

N°

71

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 décembre 1906, à 1 heure

PAR

Louis ALLEN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ISTHMECTOMIE

ET DE L'ISTHMOTOMIE

Dans le Traitement des Goîtres Parenchymateux

Président : M. RECLUS, Professeur.

Juges : MM. {
BLANCHARD, Professeur.
GAUCHER, Professeur.
BRANCA, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

(anciennement 36, rue Serpente.)

1906

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

M. DEBOVE.
MM.
POIRIER.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD
HUTINEL
BRISSAUD
LANNELONGUE.
CORNIL
MATHIAS DUVAL
SEGOND.
POUCHET.
GILBERT.
CHANTEMESSE
THOINOT.
DEJERINE.
ROGER.

Clinique médicale.....

HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
LANDOUZY.
GRANCHER.
JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND.
LE DENTU
TERRIER.
BERGER.
RECLUS.
DE LAPERSONNE
ALBARRAN.
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON.
Albert ROBIN.

Maladies des Enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique d'accouchements.....
Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....

Agrégés en exercice.

MM
AUVRAY.
BALTHAZARD.
BRANCA
BEZANÇON.
BRINDÉAU.
BROCA André.
CARNOT
CLAUDE
CUNEO.
DEMELIN.
DESGREZ.

MM
DUPRE
DUVAL.
FAURE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
JEANSELME.
LABBE.
LANGLOIS.
LAUNOIS.

MM
LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE.
MACAIGNE.
MAILLARD.
MARION.
MAUCLAIRE.
MERY.
MORESTIN.
POTOCKI.

MM
PROUST.
RENON.
RICHAUD
RIEFFEL (chef des
Travaux anatomiques.
THEISSIER.
THIROLOIX
VAQUEZ.
WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage de profonde
affection filiale.*

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A M. LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de Clinique Chirurgicale,
Membre de l'Académie de Médecine.

*qu'il reçoive ici l'expression de notre
respectueux attachement et de notre
très sincère reconnaissance pour le
grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de notre thèse
et aussi pour toute la bienveillance
qu'il n'a cessé de nous témoigner pen-
dant le cours de nos études médicales.*

A M. LE PROFESSEUR ALBARRAN

A M. le professeur agrégé FERNET, membre de l'Académie de Médecine.

A M. le professeur agrégé LEJARS.

A M. le professeur agrégé LEPAGE.

A M. le professeur agrégé FAURE.

A M. le professeur agrégé MARFAN.

A M. le professeur agrégé LAUNOIS.

A M. le professeur agrégé LEGRY.

A. le docteur GUILLEMARD, préparateur à la Faculté de Médecine.

Parfois certaines interventions chirurgicales pratiquées dans un but thérapeutique bien déterminé, ont été, par suite d'erreurs de diagnostic, le point de départ de recherches expérimentales et de nouvelles méthodes thérapeutiques.

Tout le traitement actuel des différentes formes de la péritonite tuberculeuse et surtout celui de la forme ascitique est le résultat des réflexions suggérées aux chirurgiens par la célèbre erreur de Spencer Wells.

On table sur des documents positifs indiscutables, et secondairement après la constatation pure et simple des faits, on en cherche le pourquoi et le comment.

Puis viennent les modifications apportées par les essais nouveaux, parfois téméraires, qui s'appuient alors sur les théories pathogéniques. L'esprit suit en cela une voie toute naturelle : constatation des faits, d'abord, déduction, puis induction.

Depuis quelques années, il s'est passé une véritable révolution dans la thérapeutique chirurgicale des différentes formes de goitre.

L'asepsie a tout d'abord permis de procéder à l'ablation des « tumeurs goitreuses ». Les troubles observés après l'ablation totale de la glande thyroïde ont suscité les

recherches expérimentales et fait connaître la fonction de cette glande vasculaire sanguine, en même temps que se précisait le rôle des parathyroïdes. Les faits expérimentaux ont ensuite, pour ainsi dire, réglé les indications thérapeutiques actuelles.

Il s'est trouvé aussi que le nombre d'interventions pour « tumeurs du corps thyroïde » augmentant, on a pu différencier plus nettement les variétés anatomiques et histologiques.

Poussant plus loin l'analyse, c'est le traitement de chacune de ces variétés en particulier, qui intéresse surtout le chirurgien. Or, en ces dernières années, un fait nouveau s'est produit : à la suite d'interventions partielles (de nécessité, par difficultés anatomiques ; de parti pris, par crainte d'accidents myxœdémateux) certains chirurgiens ont remarqué une atrophie notable des portions restantes de la tumeur.

En 1883-1884, Sydney Jones signale cette régression, à la suite d'une simple incision de l'isthme.

En France, Poncet, en Allemagne, Wolff, voulant restreindre l'étendue de l'extirpation thyroïdienne, en amoindrir les dangers immédiats et lointains, prennent acte de ce constat pour préconiser divers procédés.

En 1905, Diel érige l'isthmectomie en méthode thérapeutique, avec ses indications et contre-indications, son manuel opératoire.

M. le professeur Reclus nous a communiqué deux observations de malades, que nous avons pu suivre et revoir à longue distance. Il nous a paru utile de verser aux dé-

bats, à l'actif de la thèse de Diel, ces documents d'autant plus précieux qu'ils sont, comme ceux de Sydney Jones, de simples constatations de rétrocession de la tumeur thyroïdienne à la suite de thyroïdotomies effectuées non pas systématiquement et selon les assertions de Diel, mais par nécessité opératoire.

M. le docteur Arrou ayant agi d'une façon identique, a eu l'extrême obligeance de mettre à notre disposition son observation inédite et datant de plus d'un an.

Ce que nous désirons, c'est exposer tout d'abord les faits de régression de la « tumeur goitreuse » à la suite de thyroïdectomies partielles ou de simples thyroïdotomies dans les trachéotomies d'urgence ; le pourquoi supposé de cette régression ; la justification du procédé opératoire appelé « isthmectomie thyroïdienne » basée sur ce caractère spécial de la régression observée, en quelque point du corps thyroïde qu'ait porté l'intervention et aussi sur la facilité d'accès de cette portion de la glande : l'isthme.

Nous essaierons ensuite de poser les indications et les contre-indications de la méthode.

L'exposé de la technique propre à cette intervention terminera notre travail.

LES FAITS D'OBSERVATION

I. — *La régression des portions restantes du goitre dans les thyroïdectomies en général.*

II. — *Les modifications de volume de la tumeur goitreuse consécutives à des trachéotomies d'urgence pour goîtres suffocants et rétro-sternaux.*

Sydney Jones. — En mars 1883, intervient pour de phénomènes de dyspnée d'effort et d'accès de suffocation, provoqués par une tumeur de la glande thyroïde, chez un jeune homme de 18 ans.

Son but étant de libérer la trachée, la première pensée qui lui vient est de sectionner l'isthme entre deux ligatures, afin de dégager la face antérieure du tube aérien.

Il note la disparition des phénomènes dyspnéiques et la régression des lobes latéraux.

« Le 4 mai, dit-il dans son observation I, on ne perçoit plus le corps thyroïde. »

Le 8 février 1884, il intervient sur une jeune femme de 24 ans, pour les mêmes accidents. Intervention identique. Résultat semblable. La diminution du cou est notée, le 16 mars, à la sortie de l'hôpital.

Le 2 avril 1884, troisième intervention ; mêmes conséquences.

Ultérieurement, en France, sur les conseils de M. le professeur Poncet, un jeune médecin militaire, *Jenny*, fit une thèse très étudiée sur l'atrophie des goitres, laissés en place, après diverses opérations pratiquées sur le corps thyroïde. Il y rapporte tous les faits de la pratique du chirurgien lyonnais et de Wolff, en Allemagne.

Depuis 1893, aucun travail d'ensemble sur cette question.

En 1905, les trois observations fort démonstratives de Diel.

Nos trois observations sont également convaincantes à ce sujet.

Ces faits, qui nous paraissent indéniables, sont cependant mis en doute par quelques chirurgiens qui n'auraient, eux, jamais eu l'occasion d'obtenir, à la suite de leurs interventions, semblables phénomènes. Socin, de Bâle, entre autres, dénie toute atrophie. Son élève, Bailly, dans sa *thèse* de Bâle, 1891, conteste les allégations de Wolff et Poncet.

D'autres auteurs prennent ces constatations d'atrophie glandulaire comme des faits d'observation erronée.

C'est Kuster qui, le 16 mars 1887, à la Société médicale de Berlin, cherche à mettre en doute la valeur des observations de Wolff.

Pour lui, le lobe respecté serait saillant. Sous l'influence d'une compression ou d'une manœuvre, ce lobe basculerait et viendrait se placer dans la loge occupée par la portion extirpée.

Son argumentation se base sur ce fait qu'on peut voir le phénomène se produire aussitôt après l'opération, tandis qu'une atrophie n'aurait pas encore eu le temps de se manifester.

Son observation n'est que peu concluante, en ce sens que la transformation aurait mis 15 jours à s'effectuer.

D'autres allèguent que dans les conditions nouvelles créées par l'opération, le ou les lobes restant se creusent, pour ainsi dire, une logette, dans les dépressions et les méplats du cou. Il y aurait là, non pas atrophie du corps thyroïde, mais effacement par changement de situation. (Arrou).

L'argumentation de Küster tombe devant la réponse de Wolff : « Il y a atrophie, car s'il y avait simplement un changement de place du lobe goitreux, on devrait le sentir par la palpation, ce qui n'est pas le cas.

En outre, du côté où a lieu l'extirpation, on peut sentir, à travers les téguments, la partie correspondante de la trachée. »

Pour Jenny, le lobe non extirpé est bien diminué et non changé de place, car les récidives observées apparaissent du côté non opéré.

Existe-t-il de meilleur argument que celui de l'atrophie du goitre consécutive à l'exothyropexie ? L'atrophie est patente et s'effectue graduellement, sous les yeux mêmes du chirurgien qui surveille la flétrissure de la glande.

Il nous faut interpréter aussi les résultats contradictoires obtenus par les expérimentateurs, dans les thyroïdectomies partielles, pratiquées sur le chien, le rat (Christiani, Gley).

Dans ces cas, il se produirait une hypertrophie des portions respectées.

Mais il faut se souvenir que l'on expérimente sur des corps thyroïdes sains et que l'organisme doit suppléer par une hypertrophie fonctionnelle à l'ablation partielle de cette glande vasculaire sanguine.

Le chirurgien, au contraire, intervient sur une glande hypertrophiée, ayant parfois un fonctionnement dépassant le but, et créant cet état, bien étudié par Dor, sous le nom de phénomènes d'hyperthyroïdisation. Les altérations de structure sont évidentes, et, par conséquent, on ne peut comparer entre eux les résultats obtenus en diminuant la valeur anatomique et fonctionnelle d'une glande saine, et ceux où l'on essaie de ramener à la normale une tumeur glandulaire.

Combien de temps après l'intervention se montre cette atrophie ?

1° Elle peut être plus ou moins rapide.

C'est parfois une atrophie qui étonne par la rapidité de son évolution. Promptement, l'hypertrophie du corps thyroïde disparaît.

La jeune fille de Wolff, opérée par ablation d'un lobe, voit le lobe restant diminuer des quatre cinquièmes de son volume primitif, quatre semaines après l'opération.

Le deuxième malade de Diel voit également, 30 jours après l'opération, la circonférence de son cou passer de 43 centimètres à 36.

Sa troisième opérée, ayant 37 centimètres de circonférence du cou le 26 février, marque, le 18 mars, une diminution de 3 centimètres et demi.

2° Dans d'autres cas, il semble que la rétrocession soit plus lente à se produire, tel le malade de Poncet qui voit la circonférence de son cou passer de 41 centimètres, après l'exothyropexie, à 39 centimètres et demi, trois mois après cette intervention.

Notre observation X relate une diminution d'un centimètre seulement, au bout d'un an.

3° Il existe enfin des cas où cette atrophie, débutant très tôt après l'opération, n'en marche pas moins avec une extrême lenteur.

INFLUENCE DE L'ÂGE

Wolff et Jenny ont trouvé cette régression rapide, principalement chez les sujets jeunes, de 15 à 25 ans. Les malades de Diel, chez lesquels on nota la plus rapide rétrocession avaient 26 et 17 ans. Nos deux malades avaient 24 et 26 ans ; le malade d'Arrou 15 ans.

Il semble, d'autre part, que l'origine récente de la tumeur thyroïdienne favorise considérablement l'apparition précoce et l'évolution rapide de cette atrophie.

Jenny suppose qu'il ne faut voir là qu'un effet de la vitalité plus grande chez les individus encore à la fleur de l'âge, dont la vigueur n'a pas encore été atteinte par les maladies antérieures, l'être jeune réagissant mieux. Nous verrons dans le chapitre de pathogénie comment nous envisageons cette influence de l'âge, d'une part, et d'autre part, celle de la « jeunesse » de la tumeur thyroïdienne, les deux faits étant connexes et pouvant être justiciables de la même interprétation.

L'absolu en médecine n'existant pas, il nous faut consigner le cas du malade de Poncet qui bien qu'agé de 16 ans, et n'ayant son goitre que depuis un an, voit l'atrophie se produire avec la plus extrême lenteur.

**Dans quelles variétés de goitre l'atrophie
est-elle la plus marquée ?**

Il est probable, *a priori*, que la nature du goitre joue un rôle important, et que les différentes variétés de tumeurs thyroïdiennes ne se comportent pas de même façon, après une thyroïdectomie partielle. Tous sont unanimes à déclarer que la rétrocession est des plus nettes dans les goitres parenchymateux et que ce sont eux qui subissent l'atrophie la plus rapide et la plus complète.

Pour Wolff « s'il s'agit d'un goitre purement hypertrophique, sans symptômes simultanés de maladie de Basedow, et si l'on extirpe radicalement une moitié de ce goitre, dans tous les cas, sans exception, le reste rétro-cédera ».

Roux de Lausanne conclut comme Wolff que dans l'incision totale de l'isthme, il a observé la régression des lobes latéraux, dans les seules variétés de goitre qui ont conservé les contours et les formes du corps thyroïde (hypertrophie, goitres parenchymateux).

Les trois observations de Diel, dans lesquelles l'atrophie a été rapide et bien marquée, sont des observations de goitres parenchymateux, sans noyaux.

Les autres variétés de goitres (à noyaux kystiques gélatineux ou colloïdes ; fibreux) semblent être moins susceptibles d'atrophie, surtout les derniers.

1^o *Goïtres à noyaux kystiques.*

Dans sa thèse, Diel soutient « qu'ils peuvent diminuer de volume dans d'assez grandes proportions à la suite de la thyroïdectomie partielle, bien que pour eux la strumectomie paraisse l'opération de choix ».

Dans l'observation IX de la thèse de Jenny, on pratique sur un goitre à noyaux kystiques une thyroïdectomie partielle. le 28 avril.

De 44 centimètres de circonférence, la grosseur du cou tombe, le 30 mai, à 40 centimètres, et en novembre de la même année, la guérison est complète.

Dans l'observation XV, du même auteur, un goitre à masses kystiques est observé sur une jeune femme de 19 ans : on pratique l'exothyropexie le 28 novembre ; 40 centimètres de circonférence.

Le 22 décembre, on note 38 centimètres : donc atrophie (Poncet).

Dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* de 1889, Wolff cite un cas de goitre à kystes gélatineux, sur lequel il a pratiqué une thyroïdectomie partielle. Les noyaux, laissés en place, ont peu rétrogradé, mais depuis deux ans, la malade, âgée de 33 ans, prétend que la moitié du cou a beaucoup diminué.

Dans notre observation II, il y avait des noyaux qui se détachaient en relief sur le lobe gauche. On extirpe deux noyaux : on laisse intact le lobe droit, et, rapidement, les deux lobes thyroïdiens aussi bien le gauche, celui sur le-

quel on avait extirpé des noyaux, que le droit, laissé intact, se sont affaissés.

2° Goîtres à kystes hématiques.

Dans deux observations, on note la rétrocession de la tumeur.

Wolff opère un femme de 48 ans, ayant, à droite, un lobe du volume d'un gros poing, à gauche, un lobe du volume d'une mandarine contenant un gros kyste hématique :

On enlève seulement le lobe gauche. Le droit diminue dans de très grandes proportions (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1892).

Schwartz (*Rev. chirurgie*, 1888, p. 992), ponctionne un gros kyste thyroïdien qui est drainé pendant trois mois. Le kyste drainé disparaît complètement et le goitre latéral avait si bien diminué que le cou avait repris son volume normal.

3° Goîtres fibreux.

Diel n'a rencontré aucune observation concernant des goîtres fibreux avec régression et ajoute que la chose se comprend d'elle-même. Sa remarque est fort juste, mais il est des formes particulières hybrides, pourrait-on dire, où la sclérose est encore jeune, absolument comparable

aux masses inflammatoires de l'épiploite chronique de l'appendicite chronique, succédant à une appendicite aiguë avec phénomènes inflammatoires intenses. Combien d'observations semblables de tumeurs inflammatoires, rétrocédant après une intervention fort légère, ont été signalées !

Pour ce qui a trait aux tumeurs goitreuses, notre observation I en est un fort bel exemple.

La tumeur s'est accrue à la suite d'une grippe.

Lors de l'intervention nécessitée par les phénomènes dyspnéiques présentés par la malade, on la trouve sclérosée, adhérente aux tissus voisins : on ne peut l'isoler de sa gangue fibreuse.

Dans les tentatives de dégagement, on tombe, en bas, sur une cavité purulente contenant deux cuillerées d'un pus épais. Se résignant à une opération palliative, on incise l'isthme de haut en bas, après ligature des communicantes supérieures, et *l'on traverse un tissu dense, épais de plus de 2 centimètres*. Comme l'isthme se continue au-dessous du bord supérieur du sternum, on ne peut pratiquer une isthmectomie complète. Malgré cela, l'abcès s'est tari, la cicatrisation s'est faite, et lorsque l'opérée a quitté l'hôpital, les saillies goitreuses s'étaient affaissées et la circonférence du cou avait diminué de 2 centimètres.

On voit donc par cette seule observation que la régression de tumeurs paraissant fibreuses est encore néanmoins possible.

Il est bon, cependant de formuler quelques réserves sur la valeur d'une thyroïdectomie partielle chez les gens

âgés, porteurs de vieux goîtres fibreux « inertes, insensibles aux excitations ».

Comme nous le verrons dans l'étude du pourquoi de l'atrophie, il est évident que deux facteurs interviennent ici pour modifier les résultats :

1° D'abord la sclérose ancienne de la tumeur ;

2° L'âge des malades qui sont des affaiblis et dont l'organisme ne possède plus l'énergie suffisante pour réagir.

Ce qu'ont produit les thyroïdectomies partielles, dans les cas étudiés plus haut, et les thyroïdotomies, pourrions-nous dire, de Sydney Jones, de simples incisions de l'isthme l'ont également fait et nous n'en voulons pour preuve que les observations déjà anciennes des chirurgiens qui, pratiquant une trachéotomie pour goitre suffocant, signalaient ultérieurement une diminution de volume de la tumeur.

En 1865 et 1868, König et Braun pratiquent une trachéotomie pour sténose latérale par goitre rétro-sternal et s'aperçoivent avec étonnement que celui-ci a beaucoup diminué de volume. Ils s'en tiennent là. Seul le malade de Braun subit plus tard l'extirpation du lobe compresseur.

En 1883, à la clinique de Schrötter, une femme de 25 ans est opérée pour goitre rétro-sternal suffocant ; on doit la trachéotomiser d'urgence. Son état s'améliore à tel point que le goitre peut être enlevé dix jours après.

A la même époque, arrive, dans le service de Billroth, une femme de 38 ans, avec trachéo-sténose pour goitre déterminant une cyanose grave. Billroth fit la trachéotomie intercricothyroïdienne, plaça une longue canule et

la malade allant mieux, trois semaines après énuclée un noyau rétro-sternal du volume d'un œuf de poule.

Gangolphe rapporte, dans la *Province médicale* de 1893, une opération de goitre suffocant, au cours de laquelle il pratiqua d'urgence la trachéotomie, en laissant au dehors le lobe luxé pour servir d'attelle à la trachée ramollie ; ce lobe s'atrophia sous l'action du temps et le malade put quitter l'hôpital après plusieurs mois.

Quelles sont les causes de cette régression de la tumeur à la suite des thyroïdectomies partielles et des thyroïdotomies ?

Ici incertitude et discussions ; mais il est plusieurs faits qui nous ont frappé à la lecture des observations et qui nous paraissent plus intéressants que toutes les théories plus ou moins ingénieuses, mais fantaisistes, admises jusqu'ici.

Diel intitule son chapitre de pathogénie « Causes supposées de cette atrophie » et ajoute : « Si nous nous servons à dessein du terme supposé, c'est qu'en réunissant les opinions des chirurgiens au courant de cette question, et en consultant ensuite le travail consciencieux de Jenny, nous nous sommes trouvé en face d'hypothèses, nous dirions même vues de l'esprit qui ne reposaient sur aucune base scientifique ».

Que peut donner l'expérimentation sur ce point ? rien, car on agit sur tissus sains. Il faudrait, pour rester dans les données du problème, intervenir sur des corps thyroïdes pathologiques.

On a pensé lorsque l'on employait l'iodoforme avec une prodigalité vraiment coûteuse, que les pansements iodoformés étaient, dans les cas de thyroïdectomies partielles, un adjuvant à la régression future : c'était le bon moment des injections iodées dans les goîtres, et l'on voyait de l'iode partout, *intus et extra*.

L'iodoforme agissait peut-être encore, alors que la cicatrisation était complète, la régression continuait !!

Actuellement, l'asepsie n'a pas, que nous sachions, les propriétés bien définies d'un composé chimique et cependant on observe encore la régression des tumeurs, après thyroïdectomie partielle, isthmectomie, sans pansement iodoformé.

De la théorie admettant que l'absence de l'oxygène dans l'eau, ou plus exactement l'insuffisance de l'aération de ce liquide, serait une cause de goitre endémique, est née une autre hypothèse faisant jouer un rôle à un ferment anaérobie véhiculé par l'eau.

La mise à nu de la glande et son exposition à l'air agiraient par l'intermédiaire de l'oxygénisation du corps thyroïde !!

A côté de l'irritation produite par le traumatisme sur la glande, il nous semble qu'on n'a jamais songé aux modifications circulatoires que l'on faisait subir à la glande, du seul fait même de la libération de la trachée et du rétablissement normal de la respiration.

Chose assez particulière, dans nombre d'observations, on opère pour des goîtres suffocants ou tout au moins pour des goîtres comprimant assez fortement la trachée. La congestion veineuse n'entre-t-elle pas pour une grande

part dans l'hypertrophie de la glande en cas de goitre parenchymateux ? N'y aurait-il pas là un élément laissé dans l'ombre et cependant des plus importants ?

Phénomènes dyspnéiques par gêne respiratoire mécanique : stase veineuse, augmentation de la pression veineuse dans les gros troncs du cou par gêne de la circulation en retour.

Le corps thyroïde n'a-t-il pas été considéré longtemps comme une sorte de lac sanguin placé comme un réservoir sur le courant circulatoire veineux ?

En tous cas, la stase veineuse y retentit le plus aisément grâce à la richesse de la glande en veines et aux anastomoses nombreuses qui les unissent.

La trachée étant libérée, un des éléments d'hypertrophie disparaît, par suite du fonctionnement régulier du système veineux et de la suppression du barrage s'opposant à la déplétion veineuse.

Un autre élément qui intervient, sans nul doute, et que Jenny admet, pour ainsi dire, sans le secours d'aucun autre, c'est le traumatisme exercé sur la glande au cours de l'intervention.

Dans sa thèse, Diel discute longuement la question du dépérissement de la glande thyroïde. « En effet, comment expliquerait-on la continuation du fonctionnement de la glande, si celle-ci dépérit ? Et toutefois on n'observe pas de manifestations de myxœdème, de crétinisme ou de tétanie. Donc la thyroïde fonctionne comme auparavant et parfois même mieux, puisque des malades de Poncet, de Jaboulay étant opérés, on a noté non seulement une atro-

phie du goitre, mais un grand essor donné aux facultés mentales (Poncet, *Lyon Médical*, 14 mai 1893). »

« Si les interventions partielles avaient pour effet de troubler la nutrition de la thyroïde, nous devrions voir augmenter les troubles psychiques chez un goitreux crétin.

Or c'est tout le contraire qui a été observé. Les opérations partielles semblent jouer pour Poncet et Jenny le rôle d'un excitant, d'un stimulant qui ramène la vitalité et donne la force de triompher des obstacles qui s'opposent au bon fonctionnement. Poncet fit même sur une jeune myxœdémateuse une intervention qui avait pour but d'exciter le corps thyroïde et qu'il désigne sous le nom de thyroïdo-éréthisme. »

Cette opération, consistant en la dénudation et en l'irritation mécanique du corps thyroïde, ayant eu un plein succès, semble avoir agi en excitant l'activité sécrétoire de la glande par un mécanisme impossible à préciser.

Les thyroïdectomies partielles suivies d'atrophie de la portion restante n'ont jamais été le prélude d'accidents myxœdémateux. Nous devons cependant noter que notre première malade est actuellement à Saint-Anne, en traitement pour un accès de mélancolie, sans aucune trace de myxœdème.

L'atrophie se maintient-elle ?

A côté de cas longtemps suivis où l'atrophie a subsisté, il en existe d'autres où, au contraire, il y a eu récidence :

Ainsi, Reverdin, après avoir extirpé partiellement un goitre lobulé, dut reséquer le même malade pour une récurrence survenue dans les parties primitivement respectées du corps thyroïde. (Thierry. *Th.*, Paris, 1885-86).

Wolff lui-même, sur 16 cas, note six récurrences ; mais, à ce sujet, il fait remarquer l'importance qu'il y a à revoir souvent les malades.

Dans les 6 cas qu'il a observés, la récurrence a toujours été précédée d'une atrophie parfois complète. L'atrophie serait passée inaperçue, si le malade n'avait été examiné que plusieurs années après l'opération.

Les accidents consécutifs.

Dans une de nos observations, il est intéressant de noter que la malade est actuellement en traitement à St-Anne, pour un accès de mélancolie aiguë.

Y a-t-il rapport de cause à effet entre l'atrophie post-opératoire du corps thyroïde et la vésanie qui s'est montrée depuis ? Bien difficile de se prononcer. En tous cas, nous avons scruté avec soin toutes les observations de la thèse de Biros sur les psychoses d'origine thyroïdienne.

L'auteur y étudie celles qui sont survenues à la suite de l'hypertrophie de la glande et celles qui sont rapportées à son atrophie.

Dans aucune observation, il n'est fait mention d'intervention antérieure.

Il nous paraît assez remarquable que cette vésanie soit survenue dans un cas où il y avait thyroïdite, abcès. Le processus scléreux curateur aurait-il dépassé le but, en étouffant tous les éléments glandulaires ?

PROPOSITION DE L'ISTHMECTOMIE COMME TRAITEMENT DU GOITRE PARENCHYMEUX

Il est manifeste, à la lecture des observations, que l'atrophie du goitre parenchymateux s'observe après les thyroïdectomies partielles : que cette atrophie semble se maintenir dans la plus grande majorité des cas et qu'enfin elle se manifeste, quel que soit le lieu où a porté l'abrasion glandulaire partielle.

Diel a donc proposé de pratiquer une thyroïdectomie partielle à l'endroit où il est le plus facile d'aborder le corps thyroïde, et au niveau du minimum de dimensions de l'organe, c'est-à-dire au niveau de l'isthme.

Voyons anatomiquement quelle est la forme, la situation de cet isthme, quels en sont les rapports ?

Nous étudierons ensuite la technique de l'isthmectomie.

ANATOMIE DE L'ISTHME

Examinant un corps thyroïde de face, nous voyons qu'il présente deux lobes, masses plus ou moins volumineuses pour ainsi dire symétriques, réunies par un pont de même substance appelé isthme.

Simon de Heidelberg compare son aspect extérieur à celui du rein normal. Assez lisse, sa surface présente quelques sillons peu profonds, indices d'une lobulation intense qui n'a rien de régulier, ni de constant. Parfois ceux-ci sont plus marqués et forment des lignes de démarcations profondes entre les différents lobes de l'organe.

Sa couleur normale est rouge brun ; mais cette coloration est des plus variables, en rapport parfois avec l'état pathologique de la glande et surtout avec l'état général de la circulation. Les nombreux plexus veineux qui en émergent expliquent la coloration violacée que l'on observe dans les goitres parenchymateux, pour lesquels l'isthmeectomie est absolument indiquée.

Anatomie.

La consistance de l'isthme est moindre que celle des

autres glandes. Normalement, elle est uniformément molle ; toutefois, pour quelques auteurs, elle serait plus forte que celle des lobes. Comme ceux-ci, l'isthme est fréquemment modifié par l'existence de petits kystes enfouis dans son épaisseur et dont la section laisse écouler un liquide visqueux légèrement jaunâtre, qui est la substance colloïde.

Son volume suit, comme la glande, des variations, suivant l'âge ou le sexe. Il est plus volumineux chez la femme, et surtout pendant les périodes menstruelles et la grossesse. Pour Merkel, l'augmentation du corps thyroïde chez la femme serait non une propriété sexuelle, mais une aptitude plus grande aux manifestations pathologiques ? Toutes proportions gardées, il est de moindre volume chez l'enfant que chez l'adulte (Tillaux, Symington). D'après Huschke, il diminue de volume après la naissance, il augmente plus rapidement, au contraire, à la puberté (Koenig).

Les dimensions varient suivant les auteurs, et cela relativement dans de fortes proportions. Pour Simon, sa hauteur est de 5 à 15 millimètres, Sappey donne une moyenne de 12 à 14 millimètres, mais pouvant aller jusqu'à 18 ou 20 millimètres, ou descendant à 8, 6, 4 millimètres. Bauris et Bouchard donnent comme hauteur moyenne de 17 à 20 millimètres. La largeur est difficile à préciser, car elle dépend du développement des lobes, elle varie de 5 à 15 millimètres.

Situé au-dessous du larynx, au-devant des premiers anneaux de la trachée, l'isthme est donc très rapproché

des plans superficiels, ce qui explique la facilité avec laquelle on peut l'aborder.

Pour Cruveilhier et Marc Sée, Beaunis et Bouchard, Rudinger, Frédéricq, Broca, Gaudier, Rivierre, Farabeuf, il recouvre les deuxième, troisième et quatrième premiers anneaux de la trachée, le premier anneau ainsi que le cartilage cricoïde resteraient libres. D'après Bourgery et Jacob, Sappey, les deux anneaux supérieurs seulement seraient masqués par le lobe médian. D'après Meckel, le premier anneau est tantôt libre, tantôt découvert, ce qui dépend de la hauteur de l'isthme. Mauclaire (Société anatomique, 22 février 1895) a vu sur 80 cas, vingt-six fois l'isthme empiéter sur le premier anneau, et descendre sur le deuxième et troisième anneau.

Par ordre de fréquence, on trouve ensuite la disposition classique (2^e, 3^e, 4^e anneaux). Chez l'enfant, le bord supérieur semble, plus fréquemment que chez l'adulte, atteindre le cartilage cricoïde. (Symington, Mauclaire).

Quelquefois aussi il descend assez bas pour recouvrir le cinquième et même le sixième anneau de la trachée (Sappey). Anormalement Demme l'a vu siéger dans la région sus-hyoïdienne.

C'est dans la situation que nous venons de décrire plus haut qu'il se trouve fixé par un ligament, dit ligament médian du corps thyroïde et le plus fort des six ligaments de cette glande.

Cette bande fibreuse dépend de la gaine d'enveloppe de la glande ; elle-même suspend par son bord supérieur, l'isthme et les lobes latéraux avec lesquels elle se continue.

Cet épaississement fibreux part du bord supérieur de l'isthme, remonte en haut et va s'attacher : 1° sur la partie antérieure du cartilage cricoïde ; 2° sur la lamelle aponévrotique qui recouvre les muscles crico-thyroïdiens ; 3° sur le bord inférieur du cartilage thyroïde et sur la ligne fibreuse étendue du tubercule inférieur au tubercule supérieur de ce cartilage. C'est ce ligament qui fixe solidement le corps thyroïde au conduit aérien et fait suivre à la glande les mouvements d'ascension dans la déglutition.

En outre, la gaine périthyroïdienne, qu'il ne faut pas confondre avec la capsule thyroïdienne, contribue, par ses connexions avec l'aponévrose cervicale transverse (Sébi-leau) dont elle est un prolongement, à maintenir en place l'isthme et les deux lobes.

RAPPORTS. Nous pouvons lui considérer deux faces et deux bords.

Face antérieure. — Sa face plane et légèrement convexe, répond à la gaine périthyroïdienne. Cette gaine dont nous venons de signaler la provenance est séparée des plans superficiels de la région sous-hyoïdienne par un espace lâche, dans lequel le chirurgien exécute les manœuvres nécessaires à la luxation en dehors du goitre, dans l'opération appelée exothyropexie. D'autre part, elle est séparée de l'isthme par un autre espace lâche, cloisonné par de nombreux tractus qui, de sa face profonde viennent se jeter sur la capsule propre de la glande. C'est dans cet espace que cheminent les grosses veines thyroïdiennes et les branches des artères thyroïdiennes, avant de pénétrer dans la capsule propre de la glande.

Plus superficiellement nous trouvons les muscles sous-

hyoïdiens contenus dans leur gaine ou aponévrose moyenne et recouverts successivement par l'aponévrose cervicale superficielle, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau. Sur la ligne médiane, où les muscles font défaut, elle n'est séparée de la peau que par le tissu cellulaire sous-cutané, par les deux aponévroses cervicales superficielles et moyenne et par quelques veines thyroïdiennes.

Face postérieure. — Sa face postérieure concave se moule sur les deux premiers anneaux de la trachée (et parfois le cartilage cricoïde). Un plexus veineux d'où naît la veine thyroïdienne moyenne s'insinue entre elle et le conduit aérien. Sappey montre que les adhérences à la trachée ne sont formées que par un tissu cellulaire assez lâche, ce qui permet de détacher très facilement l'isthme de la trachée.

Bord supérieur. — Le bord supérieur mince, concave en haut, répond dans les deux tiers des cas (Mauclair) à la partie moyenne du premier anneau de la trachée ; chez l'enfant, il remonte un peu plus haut jusqu'au bord inférieur du cartilage cricoïde. C'est sur le bord supérieur de l'isthme que naît d'ordinaire la pyramide de Lalouette, dont le sommet dirigé en haut, remonte suivant les cas, jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde ou même jusqu'au bord inférieur de l'os hyoïde. Le plus souvent la pyramide de Lalouette longe l'un des côtés du plan médian du larynx, habituellement le côté gauche ; elle est rarement médiane (9 fois sur 109 cas d'après Zoja). A quelque distance de ce bord, et dans une direction parallèle à la sienne, chemine la veine communicante supérieure, et au-dessus de celle-ci l'artère cricoïdienne.

En outre, on trouve, suivant le bord supérieur, la branche interne de l'artère thyroïdienne supérieure, qui, après être redescendue sur le lobe redevient horizontale, pour s'anastomoser à plein canal avec celle du côté opposé.

Bord inférieur. — Epais, très court, transversal, presque rectiligne (Sappey), ou concave lorsque l'isthme atteint sa plus grande hauteur, il est anguleux lorsque cette hauteur ne dépasse pas un centimètre ; il répond au deuxième anneau de la trachée, mais comme nous l'avons vu, peut descendre plus bas. C'est de ce bord que partent les principales veines du corps thyroïde. C'est aussi à son niveau que l'artère thyroïdienne moyenne dite de Neubauer vient aborder la glande pour se ramifier sur la face antérieure de l'isthme.

La distance qui le sépare de l'extrémité supérieure du sternum, est de 20 millimètres chez l'adulte, de 15 millimètres chez l'enfant de 3 à 4 ans (Sappey). Pour Testut, ce serait de 25 à 30 millimètres chez l'adulte, de 19 à 20 millimètres chez l'enfant. En portant la tête dans l'extension (position de la trachéotomie) il augmente d'un centimètre environ.

Cet intervalle, que limitent l'aponévrose cervicale moyenne, en avant, et la trachée en arrière, est occupé par les veines thyroïdiennes inférieures, et du tissu cellulo-graisseux plus ou moins abondant. Chez l'enfant, il est rempli aussi par l'extrémité supérieure du thymus.

VAISSEAUX ET NERFS. Artères. — Sans reprendre la description des artères du corps thyroïde lui-même, nous devons cependant montrer par la description des artères thyroïdiennes, que celles-ci sont destinées principalement

aux lobes, tandis que l'isthme est relativement moins bien irrigué. Il n'en est pas de même pour les veines : celles-ci sont, toutes proportions gardées, volumineuses et abondantes au niveau de l'isthme. Les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures sont les principales sources de chaque côté.

L'artère thyroïdienne supérieure arrivée sur le sommet de la corne supérieure du lobe latéral se divise en trois branches terminales, une externe, qui serpente le long de la face antéro-externe du lobe, une deuxième branche interne ou antérieure qui loge le bord antérieur du même lobe, puis se recourbe en dedans pour suivre à quelque distance le bord supérieur de l'isthme et s'anastomose à plein canal avec son homologue du côté opposé. Un dernier rameau, branche postérieure, chemine le long du bord postérieur du lobe latéral entre ce dernier et les faces latérales de la trachée.

Ces trois branches terminales s'anastomosent fréquemment les unes avec les autres, avec celles de la thyroïdienne inférieure du même côté.

Nous rappellerons que l'artère thyroïdienne inférieure donne deux ou trois branches terminales dont la disposition rappelle et complète la disposition de la thyroïdienne supérieure. La branche inférieure longe le bord inférieur de l'isthme et s'anastomose à plein canal avec son homologue du côté opposé.

Des connexions multiples établies entre tous ces vaisseaux, résulte l'existence d'un plexus artériel riche. De la face profonde de ce plexus partent des rameaux droits, perforants, qui, après avoir traversé la capsule, longent

les cloisons fibreuses que celle-ci envoie dans l'épaisseur du parenchyme glandulaire.

Nous citerons encore une artère de renfort, inconstante car elle ne se rencontre que dans un dixième des cas, c'est l'artère de Neubauer. Celle-ci naît le plus souvent du tronc brachio céphalique, mais fréquemment aussi de la carotide primitive, plus rarement de la crosse aortique, de l'artère sous-clavière ou d'une collatérale de celle-ci, la mammaire interne. Elle se ramifie sur la surface antérieure de l'isthme.

Veines. — Comme nous l'avons déjà dit, les veines thyroïdiennes sont relativement volumineuses et abondantes au niveau de l'isthme, elles prennent un développement tout particulier dans les goîtres, circonstance qui parfois gêne l'opérateur. Tillaux qui avait beaucoup étudié le système veineux du cou, nous narra un jour l'histoire d'une jeune femme fort riche de Paris qui, opérée pour un kyste de la glande thyroïde, par Demarquay, mourut d'hémorrhagie sur la table même d'opération, sans qu'on ait pu arrêter le sang provenant des veines thyroïdiennes sectionnées lors de l'incision de la capsule pour l'énucléation du kyste. On n'avait alors ni pinces de Péan ni pinces de Kocher.

Au niveau de l'isthme on remarque sur le bord supérieur une veine assez volumineuse, constante, veine communicante antérieure qui se dirige en dehors et en haut sur la corne du lobe latéral pour contribuer à former l'un des affluents des veines thyroïdiennes supérieures.

Sur le bord inférieur, de même, on constate une veine plus grosse encore, parfois dédoublée, qui se recourbe en

bas et en dehors (veine communicante inférieure), pour constituer le tronc veineux thyroïdien inférieur.

Entre ces deux canaux veineux, se trouve un lacis vasculaire allant de l'un à l'autre et qui se trouve logé dans une sorte de dédoublement de la capsule thyroïdienne.

De la veine communicante inférieure partent deux troncs veineux constants qui se dirigent verticalement en bas et constituent les veines thyroïdiennes internes ou médianes de Sappey et vont se jeter vers les troncs brachio-céphaliques gauche et droit. Enfin on peut remarquer de nombreuses veines dites accessoires qui, par leur inconstance dans leur direction et leur nombre, échappent à toute description précise.

Vaisseaux lymphatiques. — Legendre et Gérard Marchant ont constaté que du bord supérieur de l'isthme partent, de chaque côté de la ligne médiane, un à deux vaisseaux qui vont se rendre à un petit ganglion situé en avant et au-dessus du muscle crico-thyroïdien.

Les autres vaisseaux lymphatiques, de concert avec ceux des lobes, se rendent vers les ganglions situés au-devant du larynx : les inférieurs à ceux situés au-dessus de la fourchette sternale, les supérieurs à ceux situés entre la carotide primitive et la jugulaire interne au niveau de l'angle supérieur du cartilage thyroïde.

Nerfs. — Les nerfs proviennent des ganglions cervicaux du sympathique. On sait que les récurrents, les laryngés externes, l'hypoglosse abandonnent au corps thyroïde des filets nerveux, il semble cependant que tous les nerfs thyroïdiens soient des nerfs vaso-moteurs et des nerfs sécréteurs, c'est-à-dire qu'ils soient tous d'origine sympathique. (Koelliker.)

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Voici en quels termes Augier, dans sa thèse de Lyon, 1892, décrit l'excision de l'isthme ou de la tumeur qui en dépend.

« Le manuel opératoire est ici beaucoup plus simple. Une seule incision médiane suffit, allant, en bas, jusqu'à la fourchette sternale et dépassant notablement, en haut, les limites de la tumeur. Les bords de la plaie cutané-musculaire étant maintenus écartés, avec l'index de la main droite, on cherche à isoler la partie plongeante et à la luxer par en haut, entre les lèvres de la plaie. Si cette manœuvre réussit, l'opération s'exécute plus facilement, on opère en surface et non en profondeur. Il faut, dans tous les cas, examiner avec soin les rapports du lobe médian avec les lobes latéraux. Souvent, comme l'a remarqué M. Poncet, la glande thyroïde ne fait point de fer à cheval complet, c'est-à-dire que la continuité du lobe médian avec tel ou tel lobe latéral est sinon interrompue, tout au moins peu apparente. Le lobe médian est rattaché à l'un ou à l'autre des lobes latéraux par une portion rétrécie, parfois sous forme d'un pédicule étroit. S'il en est ainsi, c'est sur cette portion rétrécie que devront porter les premiers efforts.

« L'index de la main gauche est placé entre la trachée et la tumeur qu'il soulève et comme les adhérences du lobe médian et de cette dernière sont beaucoup moins résistantes que les adhérences des lobes latéraux, on peut aisément, le doigt servant de conducteur, conduire au-dessous du lobe médian, une aiguille de Cooper, chargée d'un bon fil de catgut. La ligature est alors fortement serrée à l'union de la portion à enlever et du lobe latéral correspondant. La même manœuvre doit être répétée pour le côté opposé, la partie malade peut être excisée entre deux ligatures. »

Nous allons passer en revue les différents points de technique qui nous ont paru les plus importants et qui ont été décrits fort succinctement par Augier.

1° Anesthésie.

Certains chirurgiens comme Roux, Reverdin, Jaboulay ne font pas d'anesthésie, quand il s'agit de goîtres suffoquants ou compressifs.

Nous avons été témoins, dans le service de Tillaux, d'une syncope heureusement terminée, dans un cas d'énucléation d'un kyste du corps thyroïde et nous pensons que lorsque faire se peut, il est utile d'opérer sous anesthésie locale.

Actuellement, grâce à la stovaine, il est fort simple d'inciser sans douleur, suivant le trajet nécessaire et il y a encore un avantage sérieux : c'est d'éviter une congestion veineuse intense, dans les cas de goîtres contracteurs : congestion provoquée par la dyspnée et augmentée par l'anesthésie générale.

La solution faible au centième est préférable afin de pouvoir hydrater des espaces plus considérables.

2° Choix de l'incision.

L'incision verticale, préconisée par Augier, ne nous paraît pas excellente.

Tout d'abord, elle n'est pas dans le grand axe même de la tumeur et il faut, si l'on veut bien y voir, la faire fort longue.

D'autre part, la cicatrice, chez la femme, est relativement ennuyeuse, si elle remonte haut.

L'incision courbe nous paraît présenter des avantages sérieux :

1° Elle permet de bien voir, offrant un large accès sur la région à explorer ;

2° Elle donne plus de simplicité à l'intervention, en ce sens, qu'il n'est pas besoin d'un aide dont les deux mains seront immobilisées par les écarteurs à griffe, comme dans l'incision verticale.

3° Elle donne une cicatrice moins apparente et facile à masquer.

Cette incision courbe, à concavité supérieure, préconisée par Reverdin, a été employée par Diez, M. le professeur Reclus et M. Arrou.

Partant du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien gauche par exemple, le chirurgien étant à droite du malade, elle suit quelque peu le bord antérieur de ce muscle, oblique en bas et en dedans, pour, se recourbant dans son

milieu, au niveau de la fourchette sternale, remonter symétrique le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien opposé.

La cicatrice ultérieure se trouve ainsi en grande partie dans la fossette sternale.

Dans la première opérée de M. Reclus, la cicatrice est parfaite, peu perceptible et facile à masquer.

La seconde opérée se trouve elle-même fort satisfaite de l'intervention et cela grâce à la cicatrice fort peu visible.

3^e Mise à découvert de l'isthme.

L'incision cutanée doit être prudente. Les veines superficielles sont dilatées et on doit se souvenir qu'on opère sur le domaine de la zone dangereuse cervicale (entrée de l'air dans les veines lors de l'inspiration).

Le principe de Kocher : section entre deux ligatures, de tout vaisseau qui se présente, doit être suivi à la lettre, si l'on veut éviter les accidents terribles et stupéfiants de l'entrée de l'air dans les veines et si l'on veut opérer, pour ainsi dire, à sec, sans qu'une hémorrhagie en nappe, abondante, vienne masquer tout le champ opératoire.

Qui veut aller trop vite perd du temps, en cette circonstance, et ici la technique brillante n'est pas de mise.

Sous la couche sous-cutanée, on ne peut guère distinguer, comme sur la dissection de la région sous-hyoïdienne d'un sujet sain, l'aponévrose cervicale superficielle et l'aponévrose moyenne, englobant les muscles sous-hyoi-

diens, toutes deux se réunissant sur la ligne médiane, pour constituer la ligne blanche antérieure du cou.

Souvent, tous ces tissus aponévrotiques et musculaires sont étalés, distendus, étirés par la tumeur qui, en se développant, les a beaucoup amincis.

Il est bon, comme le conseille Diel, de repérer cette couche musculo-aponévrotique, afin de pouvoir, ultérieurement, en pratiquer la suture. Comme elle est relativement assez solide, surtout au-dessus du sternum, sa réunion, établissant la rigidité des tissus au devant de la trachée, empêche les tiraillements dans le sens vertical, tiraillements qui contribueraient à déformer la cicatrice cutanée.

Grâce à l'incision transversale, après section de la couche musculo-aponévrotique, l'isthme apparaît, simplement hypertrophié ou bosselé.

C'est surtout à sa partie inférieure que l'on aperçoit de grosses veines plexiformes se réunissant bientôt en un ou plusieurs troncs. On les resèque entre deux ligatures.

Dégagement de l'isthme. Sa section.

Avec l'index, on détache la tumeur de la face antérieure de la trachée, en progressant de bas en haut. Alors que les adhérences latérales sont assez résistantes, les médianes le sont beaucoup moins ; on peut ainsi, soulevant l'isthme, placer des pinces le long du bord interne d'un des lobes.

On sectionne près des pinces qui ont été placées et on bascule l'isthme du côté opposé. Il est facile alors, dégageant l'isthme de la trachée, de placer des pinces à ras du bord interne de l'autre lobe et de pratiquer l'ablation complète du lobe médian.

Il est évident que dans le cas de volume inégal de l'isthme, on aura plus de facilité de commencer, pour faire le premier pédicule, par le côté où le tissu thyroïdien a l'épaisseur minima. On luxera plus facilement la tumeur du côté opposé.

Sydney Jones et Augier ne placent pas de pinces : mais avec l'aiguille de Deschamps passent deux ligatures trans-thyroïdiennes qu'ils serrent à ras des bords internes des lobes latéraux permettant ainsi la section à blanc du lobe médian.

Il vaut mieux encore se servir de pinces, car les ligatures larges ont le gros désavantage de couper les tissus et de produire ainsi des hémorrhagies.

Une fois le lobe médian enlevé, il reste une cavité entre les deux lobes latéraux. Tamponner le fond de la plaie : remplacer les pinces par des catguts ; drainer l'espace interlobaire ; réunir la plan musculo-aponévrotique par un surjet, et placer sur la peau des sutures au crin ou des agraphes de Michel.

Pansement ordinaire avec la bande Velpeau et deux petits coussins latéraux de gaze stérilisée placés sur les côtés de la trachée pour éviter la compression antéro-postérieure de cette dernière.

Tenir le malade demi-assis, et retirer le drain le deuxième jour.

Diel s'étant trouvé en face d'un goitre kystique dont la tumeur liquide empiétait non seulement sur le lobe médian, mais intéressait un lobe latéral, évacua la poche et la réséqua partiellement.

Le résultat ultérieur fut excellent.

AVANTAGES. INCONVÉNIENTS DE L'ISTHMECTOMIE. COMPARAISON AVEC LES AUTRES MÉTHODES

Le procédé dit isthmectomie a cet avantage sur l'énucleation sous-capsulaire de Socin (destinée à éviter la blessure du récurrent) qu'il ne crée pas comme cette dernière, une cavité saignant souvent fort abondamment, en nappe, sans qu'on puisse placer des pinces efficaces.

Dans la thyroïdectomie partielle des lobes hypertrophiés, le grand danger est le récurrent et si l'on a étudié avec minutie ses rapports anatomiques sur le cadavre, on ne peut dire sur le vivant, quels rapports nouveaux il affecte avec un corps thyroïde hypertrophié.

L'extirpation est longue, difficile ; on note souvent des syncopes que l'on croit dues au tiraillement du pneumogastrique et du sympathique.

En résumé, l'isthmectomie a comme avantages sur ces deux méthodes :

1° La possibilité d'une hémostase parfaite, puisque toute l'épaisseur des tissus de la tumeur est pincée ou liée avant la section de ces derniers.

2° La blessure du récurrent est impossible.

A côté des avantages, les inconvénients :

1° La méthode ne s'applique qu'aux seuls goîtres parenchymateux.

2° L'atrophie définitive peut ne pas être obtenue.

3° Il peut y avoir récédive.

4° Parfois on peut observer des accidents ultérieurs. Ils ne sont nullement imputables à la méthode. Ils se seraient aussi bien produits dans la thyroïdectomie partielle que dans l'isthmectomie type.

Il nous paraît que cette intervention offre des avantages marqués sur l'exothyropexie défendue par les élèves de Jaboulay, à la suite des indications résumées de ce dernier, en 1893.

L'exothyropexie doit s'appliquer surtout aux goîtres vasculaires, moins aux colloïdes et aux kystes : l'atrophie consécutive est en rapport avec l'âge du goître et du sujet qui en est porteur ; ce sont les jeunes goîtres des jeunes sujets qui fournissent les plus beaux résultats.

Plus le goître est vieux et le goitreux âgé, moins la rétrocession est certaine.

L'exothyropexie laisse donc une grosse besogne à l'énucléation intra-glandulaire et à la thyroïdectomie partielle.

Les kystes et les noyaux seront enlevés par la méthode de Socin, soit immédiatement s'ils sont superficiels, soit secondairement à l'exothyropexie.

Les vieux goîtres calcaires ou colloïdes sont justiciables de la thyroïdectomie.

L'exothyropexie peut précéder l'une et l'autre méthode en leur préparant le terrain. Elle ne leur prend en réalité que les goîtres plongeants et constricteurs ; les goîtres

diffus, très gros et très vasculaires, jeunes ou de jeunes sujets.

Que l'exothyropexie ait été une opération d'urgence ou qu'elle ait été faite de propos délibéré, elle n'a jamais encouru le reproche de manquer de simplicité ou de bénignité; elle a pu être inefficace, employée contre des goîtres très anciens et d'une structure très résistante. Mais appliquée au cas qui lui conviennent (goîtres jeunes, vasculaires et plongeants) elle donne à moins de frais et avec des risques opératoires moindres, des résultats que les autres méthodes chirurgicales du traitement des goîtres peuvent lui envier.

Après la lecture des observations de Sydney Jones, de Diel, il est facile d'être convaincu que l'isthmectomie ou l'isthmotomie : 1° n'offre pas de difficultés opératoires plus grandes que l'exothyropexie.

2° Amène aussi sûrement une atrophie de l'organe, agissant comme l'exothyropexie, sur les mêmes variétés de goîtres.

3° Permet une libération absolue de la trachée.

4° Ne laisse pas le malade durant un temps toujours fort long en butte aux ennuis et aux inconvénients d'une plaie granuleuse et exposée à l'infection.

5° Laisse derrière elle une cicatrice des plus simples (on peut faire des sutures très soignées, avec réunion *per primum*, sauf au niveau du passage du drain).

Il est évident, toutefois, qu'au cas où un goître plongeant, rétro-sternal, ne peut permettre une isthmectomie, voir même une isthmotomie, par suite des difficultés inhérentes à la situation anatomique du prolongement et des

conditions désastreuses asphyxie) dans lesquelles on doit intervenir, il vaut mieux recourir à l'exothyropénie, au dégagement avec le doigt du prolongement rétro-sternal. Ici, nécessité fait loi, et ce serait folie de vouloir appliquer une seule méthode à une multitude de cas dissemblables. Chaque méthode thérapeutique peut avoir ses indications qu'il suffit de bien discerner.

Indications.

Résumant les remarques qui nous ont été suggérées par la lecture des observations de thyroïdectomie, d'isthmectomie partielle, d'isthmotomie, nous pouvons dire que l'isthmectomie est indiquée dans les cas de goitres parenchymateux récents chez des sujets jeunes.

Si la tumeur est polykystique, fibreuse ou nodulaire, il sera préférable de s'adresser aux thyroïdectomies partielles et aux énucléations.

Dans les tumeurs unilatérales, avec disparition de l'isthme, et dans les cas de tumeurs volumineuses, il ne faut pas y songer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

The Lancet, 1883. Sidney Jones (traduction)

T. II, p. 900 et 901.

Goitre parenchymateux.

W. D..., laboureur, 48 ans. Entre à l'hôpital Saint-Thomas porteur d'une tumeur thyroïdienne qui, depuis quelques mois, s'est fortement accrue (1) en même temps que sa respiration était embarrassée. Il semble avoir une bonne santé. Cheveux et yeux noirs, a toujours vécu à Londres.

Dyspnée considérable pendant l'effort, lorsqu'il est au lit tranquillement, la dyspnée n'est pas considérable; mais même en cette position, il y a parfois de sérieux accès. L'hypertrophie porte principalement sur les lobes latéraux, le droit surtout, l'isthme se dessine bien au travers de la trachée, s'étend au-dessus des limites normales, d'à peu près un pouce; légèrement douloureux à la pression. La trachée est un peu déviée à gauche de la ligne médiane. La circonférence du cou, au point culminant, est de 43 centimètres.

Au stéthoscope, les bruits du cœur et de la respiration sont normaux. Pas d'exophtalmie. Urines normales.

(1) Il y a sept ou huit ans, il a noté un gonflement du cou, et a consulté pour ce fait il y a six ans.

Operation 17 mars. Anesthésie. Incision de 9 centimètres sur la ligne médiane descendant jusqu'au sternum : les jugulaires antérieures se présentent avec leur anastomose transversale : section entre doubles ligatures. On divise tous les tissus jusqu'à l'isthme avec le plus grand soin. On détache, avec le doigt et la sonde directrice, l'isthme, du devant de la trachée et on le soulève, puis, avec une aiguille à anevrysme chargée d'une double ligature, on passe à travers le point d'union et l'isthme avec chaque lobe latéral. Double ligature faite de chaque côté, comme pour un pédicule ovarien. L'isthme est sectionné et on laisse pendre les fils pour drainer.

La trachée était très comprimée, de forme triangulaire, à sommet antérieur : chaque face latérale un peu concave. Les cartilages étaient fermes, ne paraissaient pas ramollis.

De suite après l'opération, le malade semblait très soulagé. Très peu d'hémorrhagie. L'opération n'a pas été exécutée sous le spray, mais un pansement antiseptique a été fait. Le soir, **suintement séro-sanguin. Température: 36°5.**

18 mars. Suintement abondant. Pansement avec tampon de gaze antiseptique recouvert d'ouate salicylée. Température à 2 heures du matin 39°2 : à 2 heures du soir 39° : à 11 heures du soir 38°2.

19 mars. Le malade dit qu'il respire plus facilement, bien qu'il y ait un sifflement particulier pendant la respiration. Gêne au cou et un peu de dysphagie. Température à 3 heures du matin 37°6 : à 3 heures du soir 38°9 : à 7 heures du soir 38°.

20 mars. Respiration plus facile, mais toux violente. Pas d'expectoration. Après-midi et soirées agitées. Pouls : 128°.

22 mars. Amélioration. Disparition des accès de suffocation. Diminution de la toux.

23 mars. Les fils sont enlevés.

26 mars. L'hypertrophie des lobes latéraux diminue, la plaie devient granuleuse.

28 mars. Plus de troubles fonctionnels. Le malade observe lui-même une diminution notable du corps thyroïde.

14 avril. La plaie présente maintenant une surface unie et saine. La thyroïde est à peine perceptible. De temps en temps, sueurs nocturnes, sans symptômes de phtisie.

4 mai. On ne perçoit plus le corps thyroïde.

La température paraît avoir été quelque peu irrégulière, variant de 37° le matin du 24 mars, à 37°8 le 20 et le 27, à 38°9 le 22 avril au soir, à 39° le 3 avril, à 39°3 le 27 mars, 40° le 4 avril. Après le 3 avril, il y eut un abaissement de 1 ou 2 degrés dans le milieu du jour, suivi d'une élévation le soir.

OBSERVATION II

Sidney Jones, *The Lancet*, 1884, p. 367.

Goitre parenchymateux.

E. H..., âgée de 24 ans, mariée, ayant un enfant, fut admise le 23 janvier dernier. La malade n'a jamais souffert d'aucune maladie antérieure, sauf de céphalalgies frontales périodiques avec nausées.

À l'âge de 8 ans, un gonflement apparut au niveau du cou, qui s'accrut lentement et d'une façon progressive. Pendant les dix dernières années, il a causé de temps en temps de la difficulté pour respirer. Pendant les attaques de dyspnée, la respiration était bruyante, mais il n'y eut jamais de lividité de la face ni des lèvres, chaque attaque durait généralement quelques heures, mais l'une se prolongea pendant trois jours.

Durant les deux dernières années, il y eut de temps à autre de la difficulté de la déglutition et pendant le même laps de temps des palpitations de cœur et des défaillances pendant les périodes cataméniales. Pendant les six derniers mois, la gêne

de la déglutition fut plus fréquente, et elle constatait qu'elle pâlissait.

A son admission, cette femme était pâle mais bien bâtie, d'une constitution vraiment robuste; elle portait la tête légèrement inclinée à droite. Elle se plaignait de la présence d'une grosseur sur la face antérieure du cou, et d'accès de gêne respiratoire survenant une à deux fois par semaine.

On remarquait sur le cou une tumeur au niveau de l'os hyoïde, subissant les mouvements d'ascension quand la malade déglutissait. L'examen montra que la tumeur se composait de deux portions inégales dont la plus volumineuse s'engageait sous le sterno-mastoïdien et la plus petite se trouvait au voisinage de la ligne médiane du cou, réunie à la précédente par l'isthme large.

Sur la ligne médiane, la tumeur allait du cartilage cricoïde au manche du sternum ayant comme diamètre vertical deux pouces et demi. Sur le côté droit, la tumeur s'engageait sous le sterno-mastoïdien, qui est repoussé très en dehors, du point où la veine jugulaire externe croise le muscle, sur son bord postérieur, jusqu'à la clavicule.

La partie latérale de la tumeur était molle, et il existait à ce niveau des battements plus visibles que sur la ligne médiane (communiqués par la carotide). Nulle part il n'y avait de fluctuation. Le diamètre vertical du lobe droit était de trois pouces et demi — son diamètre transversal de cinq et demi. — L'accroissement du lobe gauche était relativement peu accentué, si ce n'est au voisinage de l'isthme, — il s'étendait cependant de la droite de la ligne médiane jusque sur le bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien.

Les veines superficielles n'étaient pas dilatées, pas d'exophtalmos. Température normale. La suite de l'examen, pratiqué depuis l'admission jusqu'au moment de l'opération (quinze jours), montra l'absence de troubles cardiaques et rénaux.

Il n'y avait pas de souffles veineux au niveau du cou. La

respiration devint plus facile et la malade n'eut pas d'attaques de dyspnée, mais se plaignait quelquefois de gêne de la déglutition et de palpitations. Les règles furent régulières, il n'y eut pas de troubles respiratoires à ce moment. Le 6 février, la malade ayant été soumise à l'action du chloroforme, M. Sydney Jones fit une incision médiane depuis le bord supérieur de la tumeur jusqu'au creux susternal. Après l'incision du pannicule adipeux, la tumeur, recouverte de sa capsule, fit saillie à travers l'incision. L'isthme apparut tout de suite à droite de la ligne médiane, et il devenait évident que la saillie sur le milieu du cou était due à un déplacement de la glande.

Il n'y eut que deux ou trois vaisseaux de chaque côté qui nécessitèrent une ligature. Le doigt fut passé sous l'isthme de bas en haut, servant de guide à une aiguille mousse portant une double ligature de grosse soie, qu'on passa à travers le milieu de la partie gauche de l'isthme ; les fils entrelacés furent serrés en haut et en bas. Une double ligature semblable fut passée du côté droit et serrée. L'isthme fut alors sectionné au bistouri.

La section montre une surface blanchâtre semi translucide disséminée en abondance dans la substance glandulaire. Quelques petits vaisseaux nécessitèrent une ligature dans la plaie, mais il n'y eut pas d'hémorrhagies au niveau de la surface de section. L'examen de la trachée montra qu'elle était enclavée et comprimée latéralement, l'angle aigu saillant en avant ; elle était aussi déplacée à droite.

Les chefs de ligature à la grosse soie furent laissés longs et réunis par un nœud en dehors de l'angle inférieur de la plaie, à partir duquel un drain fut poussé sur toute la longueur de la plaie jusqu'à l'angle supérieur.

Des sutures à la soie et au catgut furent successivement employées pour fermer la plaie. De l'huile phéniquée, du coton iodoformé et salicylé *fixé* à l'aide de bandes de gaze antiseptique fut appliqué comme pansement, et l'opérée fut placée dans son lit, des oreillers de sable maintenant sa tête dans l'immobilité.

Dans la soirée, la plaie fut pansée, légère hémorrhagie veineuse. Température, 97°4.

Le 7 février. Pansement nouveau. Il s'écoule du liquide teinté de sang et aussi une certaine quantité de sérosité claire et fluide. La tête et les épaules furent soulevées pour permettre un écoulement plus facile du liquide. Température le matin, 102° ; du soir, 102°8.

8 février. Pouls à 92, respiration 24. Température du matin, 102°2 ; soir, 108°8.

Le 11. Les sutures furent enlevées, la plaie étant complètement fermée.

Le 16. On fit un lavage au chlorure de sodium.

Le 29. Un lavage au sulfate de cuivre (2 grains pour 1 once) fut fait.

Le 4 mars. L'opérée fut autorisée à se lever, mais ce ne fut que neuf jours après, c'est-à-dire trente-cinq jours après l'opération, que les dernières ligatures tombèrent. Après quoi la plaie se ferma complètement.

La malade quitta l'hôpital le 16 mars, diminution du cou

Après le 12 février, la température ne dépassa pas 99°6.

Du 8 au 17, la température du matin varie entre 99°2.

Le 15. De 101°4.

Le 12. Celle du soir de 100°4.

Le 10. A 102°4.

Le 13. Variation de un degré durant cette période.

OBSERVATION III

(Sydney Jones).

Goître parenchymateux.

H. K..., 17 ans, ajusteur, fut admis le 24 mars. La mère du malade avait dit-on une grosseur au cou semblable à celle du sujet mais rien de certain ne peut être précisé à ce sujet.

Six mois avant son admission, on remarqua chez ce malade une augmentation de la circonférence de la base du cou. Elle s'accroissait lentement, mais depuis trois semaines, elle a pris un développement rapide surtout du côté gauche.

Des altérations de la voix ont été notées depuis quatre mois. Il y a aussi une légère difficulté dans la déglutition.

Depuis le début de l'augmentation du cou, il se plaint de douleurs dans la tête et de légères palpitations lorsqu'il se livre à un exercice exagéré.

À son admission, augmentation considérable de la thyroïde qui s'étend de l'os hyoïde à la racine du cou. La saillie principale siégeait sur l'isthme qui, cependant, ne paraissait pas atteint.

L'augmentation était limitée aux lobes. Pas de fluctuation, légères pulsations. Pas de tension des veines superficielles, légère hypertrophie cardiaque et prolongation du premier bruit de la base.

Pas d'exophtalmie, pas d'apparence de maladies viscérales. Circonférence du cou au niveau de la septième vertèbre cervicale est de 15 pouces, au niveau de la racine du cou de 15 et demi. La partie gauche ayant un quart de pouce plus que la droite.

Le 2 avril, Sydney Jones opère. Incision sur la ligne médiane de 4 pouces et demi de longueur jusqu'à la capsule de l'isthme hyoïdien mis à découvert. Ligatures de quelques veines; après qu'elles eurent été écartées, l'isthme fut isolé par l'opérateur. L'isthme qui était friable fut isolé de la face antérieure de la trachée, une double ligature en anse à la soie fut alors passée à travers la partie antérieure des lobes latéraux et liée en haut et en bas. Une portion considérable de la tumeur fut ainsi enlevée.

La substance de la glande était granuleuse et facilement déchirable. La trachée avait été comprimée faiblement et latéralement par le goitre. La face antérieure avait été presque complètement disséquée par l'opération. Un drain fut placé dans

la plaie dont les lèvres furent ensuite rapprochées par des sutures à la soie. Les fortes ligatures à la soie qui avaient été passées sur la thyroïde furent attirées au dehors à l'angle inférieur de l'incision. La plaie fut pansée à la manière habituelle après une pulvérisation phéniquée.

Durant quelques heures après l'opération, la malade eut des maux de tête, mais autrement alla bien. Le jour suivant la plaie fut pansée de nouveau.

Six jours après, les sutures furent enlevées et un emplâtre placé sur la plaie pour garder les lèvres affrontées.

Deux jours après, les lotions à l'eau chloralée furent employées comme pansement antiseptique et le drain fut enlevé.

Deux jours après l'opération, les deuxième ligatures tombèrent.

Le malade se leva le seizième jour, et vingt jours après l'opération, le cou mesurait 14 pouces.

Vu après sa sortie de l'hôpital, il présentait une nouvelle diminution du cou.

Le soir du jour de l'opération, la température était de 98°8, montant le matin suivant à 103°2, restant pendant le jour à 99° et revenant ensuite à 101°8. Il y eut ensuite une chute graduelle (excepté le sixième jour, où la température monta à 102°2) à 96°7 le septième jour; depuis cette date jusqu'au matin du douzième jour, il y eut une ascension graduelle, puis une chute le jour suivant à 96°4.

La température revint ensuite à la normale, pour s'y maintenir.

Remarques. — Dans les cas qui ont été opérés par Sidney Jones sur la ligne médiane, l'un présentait un isthme très marqué, se continuant progressivement avec les lobes latéraux. L'autre, l'isthme n'était pas aussi bien marqué. Dans ces deux cas, le but a été de créer un sillon profond au-devant de la trachée comme pour séparer les

lobes latéraux sur la ligne médiane : et, pour effectuer ce sillon lorsque l'isthme n'était pas bien marqué et que les lobes latéraux étaient rapprochés, une partie des lobes fut enlevée après qu'on l'eut traversée d'une double ligature. (*The Lancet*, 1884, p. 367).

OBSERVATION IV

(*Thèse de Gérard Lyon, 1892.*)

Goitre parenchymateux et kystique. Atrophie des lobes latéraux légèrement hypertrophiés après énucléation d'un goitre médian du volume d'un œuf de poule.

Il s'agit d'un jeune homme aujourd'hui âgé de 20 ans, opéré une première fois par M. Daniel Mollière, en 1885. L'opération avait consisté dans le drainage de la tumeur avec du crin de Florence.

En 1890, le malade entra dans le service de M. Poncet pour des troubles fonctionnels graves provoqués par le goitre. On constatait en ce moment l'existence, sur la ligne médiane, d'une tumeur plongeante en même temps qu'une hypertrophie uniforme des deux lobes latéraux. M. Poncet pratiqua la strumectomie le 21 février 1890.

L'opération fut un peu plus laborieuse que de coutume, en raison des adhérences de la poche avec les tissus voisins, adhérences consécutives à la première opération. Le kyste était charnu dans la plus grande partie de sa masse. Les suites furent simples et le malade, après quelques jours, quitte l'hôpital avec un état général et local satisfaisant.

Nous avons revu le malade le 11 mars 1893, c'est-à-dire trois ans environ après l'opération. Devant tirer au sort, il

était venu réclamer un certificat attestant l'opération qu'il avait subie.

Le cou, chez lui, a sa forme normale ; il n'existe qu'une légère tumeur, de la grosseur d'une petite noisette, provenant probablement d'un noyau oublié. Le reste a disparu. Il se plaint de quelques troubles subjectifs : gêne respiratoire, etc., lorsqu'il fait des efforts, accidents d'une interprétation difficile en temps que réalité, car cet opéré est à la recherche d'un motif d'exemption militaire.

OBSERVATION V

Diel.

Goître parenchymateux.

La nommée G..., concierge, âgée de 44 ans, née à Gerier dans le département de la Haute-Savoie, réglée à 14 ans normalement. Elle a eu deux enfants bien portants. A sa connaissance, il n'y a jamais eu de goitreux dans sa famille, mais elle connaît plusieurs personnes de son village, possédant la même affection qu'elle.

Il y a six mois, elle s'est aperçue, en faisant sa toilette, de la présence d'une petite tumeur médiane au devant du cou.

Celle-ci, quoique ne lui causant aucune douleur, ni trouble d'aucune sorte, l'obligea, par son développement, à agrandir le col de son corsage qu'elle ne pouvait plusagrafer. Ce n'est qu'à l'époque de ses règles qu'elle remarqua une sensation de striction, de congestion pharyngo-laryngée, rappelant les symptômes fonctionnels et une angine, « mal de gorge », dit-elle. Mais depuis quelques semaines, elle éprouve d'une façon permanente une gêne notoire pour avaler, qui motive son entrée à l'hôpital Saint Antoine, le 14 septembre 1903.

A l'examen, la base du cou est élargie, la palpation révèle de l'hypertrophie des deux lobes thyroïdiens qui se meuvent avec la trachée. Leur consistance est relativement assez molle. Sur la ligne médiane, au contraire, on sent une tumeur plus démarquée, haute de trois travers de doigts, de consistance plus dure que celle des lobes et développée aux dépens de l'isthme. L'absence de cyanose, de dyspnée, montre que cette tumeur n'exerce pas encore de compression sur le tube aérien. En outre, la malade n'accuse aucun trouble de la voix, ni de compression nerveuse. L'examen de l'œil ne révèle rien de particulier.

Opération le 21 septembre 1903 : chloroforme.

Incision de la peau, longue de 5 centimètres, parallèle à l'isthme. Incision de l'aponévrose cervicale et de deux veines thyroïdiennes après ligature. La tumeur de l'isthme étant mise à découvert, nous la sectionnons à droite après l'avoir pédiculisée par une pince de Kocher, puis la luxant à gauche et la détachant de la face antérieure de la trachée à laquelle elle adhère, nous plaçons une pince sur le bord du lobe thyroïdien gauche, la sectionnons et lions au catgut les deux pédicules ainsi formés. Nous détachons, en plongeant les doigts derrière le sternum, deux lobes aberrants du corps thyroïde du volume d'une noix.

Tamponnement de la plaie, drain, agrafes de Michel, pansement aseptique.

22 septembre. Le drain est enlevé.

24 septembre. La malade sort du service.

28 septembre. Les agrafes sont enlevées, plus aucune gêne pour avaler.

25 décembre. Elle revient dans le service, nous remarquons une atrophie considérable des deux lobes thyroïdiens.

11 août 1904, c'est-à-dire onze mois après l'opération, nous ne constatons plus que la présence du lobe gauche, dépassant à peine le volume normal.

En janvier 1905, la rétrocession thyroïdienne s'est maintenue intégralement.

OBSERVATION VI

Diel.

Goitre parenchymateux et kyste hématique.

Le nommé Tr..., âgé de 26 ans. est originaire de la Lozère. Aucun membre de sa famille n'est goitreux. et il ne connaît dans son village qu'une personne ayant la même affection que lui.

Il n'accuse aucune maladie importante jusqu'à ce jour.

Il y a six ans, il s'est aperçu de l'augmentation anormale de son cou mais sans éprouver aucune gêne.

Il peut ainsi, sans inconvénient, accomplir ses trois ans de service militaire. Mais à son retour, c'est-à-dire il y a une année, la tumeur thyroïdienne prit un volume considérable, surtout du côté gauche. et apparut alors une gêne respiratoire permanente, accompagnée d'accès de suffocation lorsqu'il faisait un effort trop violent.

Pendant un certain temps il prit des capsules de suc thyroïdien, mais sans aucun résultat ; aussi se décide-t-il à se faire opérer et entre à l'hôpital Saint-Antoine le 17 février 1904.

Actuellement, le visage est cyanosé, la respiration est difficile, s'accompagne de cornage, la voix est rauque. Bref, ces différents troubles révèlent une compression de la trachée, que l'examen du cou confirme aussitôt.

En effet, on trouve, à gauche, une grosse tumeur lisse, régulière, bridée d'une part par le sterno-cleido-mastoïdien, repoussant, d'autre part, à droite, la trachée que l'on sent par une palpation attentive décrire une courbe à concavité gauche. Sa

résistance, son élasticité, sa fluctuation, peu nette, du reste, font supposer que la portion gauche du goitre est constituée par un gros kyste, tandis qu'au devant de la trachée, on remarque une tumeur plus petite, du volume d'une noix, et de consistance solide. Le lobe droit est aussi hypertrophié, mais ne dépasse pas le volume d'un gros œuf de poule. On ne note pas de pulsations thyroïdiennes. La circonférence du cou mesure 43 centimètres à sa base.

Opération le 23 février 1904. Injection de spartéine. Incision sur le sterno-cleido-mastoidien droit, descendant en se recourbant sur la ligne médiane et remontant sur le sterno-cleido-mastoidien gauche. L'aponévrose cervicale incisée et les muscles sous-hyoïdiens écartés, nous tombons sur le goitre après avoir lié deux grosses veines thyroïdiennes superficielles. Une pince est placée sur l'isthme vers le bord interne du lobe droit, puis, après section, la tumeur est luxée à gauche. Alors apparaît la trachée, très aplatie dans le sens transversal et repoussée sous le sterno-cleido-mastoidien droit. Nos doigts libèrent facilement l'extrémité inférieure du kyste thyroïdien qui plonge derrière l'articulation sterno-claviculaire gauche, mais éprouvent plus de difficulté sur la paroi interne qui adhère au conduit aérien. Le kyste étant ouvert, il s'en écoule un verre de liquide chocolat, la poche alors se laisse facilement disséquer sur le plan profond et après avoir été pédiculisée par deux pinces de Kocher, est réséquée. Les deux moignons thyroïdiens sont liés au catgut. Nous ne percevons aucun lobe aberrant derrière le sternum. L'examen de la plaie nous montre que le kyste hématique s'était développé aux dépens de la moitié gauche de l'isthme et la partie moyenne du lobe correspondant.

Systématiquement, nous abandonnons celui-ci, dont le volume est aussi considérable, si ce n'est plus, que celui de la portion extirpée. Sa cavité est tamponnée et drainée. Suture au catgut de l'aponévrose cervicale. Crins de Florence. Pansement.

26 février. Le drain est enlevé. La respiration est beaucoup

plus facile, mais la voix est encore enrouée.

4 mars. Les crins sont enlevés.

6 mars. Le malade sort du service.

Le malade revient le 16. Circonférence du cou 37 centimètres.

Nous sommes frappés de la diminution très marquée du lobe droit et du moignon du lobe gauche. La trachée a repris sa place,

Le 11 août 1904, c'est-à-dire six mois après l'opération, nous constatons alors la disparition totale du goitre des deux côtés.

En janvier 1905, la guérison se maintient complète.

OBSERVATION VII

Goitre parenchymateux.

(Diel.)

La nommée C..., âgée de 17 ans, née à Lonzac (Corrèze), s'est aperçue depuis deux ans que son cou augmentait de volume.

Ni dans sa famille, ni dans son village d'origine, elle n'a eu connaissance de personnes goitreuses. Traitée par son médecin par des badigeonnages à la teinture d'iode sur la région thyroïdienne, elle constata, prétend-elle, une diminution de la tumeur.

Mais depuis trois mois qu'elle habite Paris, le traitement en question n'a plus aucune action régressive, et son goitre se met de nouveau à grossir.

Elle entre le 19 février 1905 dans le service de M. le docteur Monod, à l'hôpital Saint-Antoine.

La malade est peu développée pour son âge, physiquement et intellectuellement. Ses membres, son bassin ont un caractère infantile très marqué, son intelligence paraît bornée, et, bien

que la voix ait un timbre particulier, on ne trouve pas l'ensemble des signes du crétinisme. Sa santé a toujours été excellente jusqu'à ce jour.

A l'examen, nous constatons une hypertrophie en masse du corps thyroïde, hypertrophie concernant surtout le lobe droit et l'isthme. Ce dernier haut de trois à quatre travers de doigt. déborde la fourchette sternale.

Sur sa partie droite nous percevons une bosselure du volume d'une mandarine qui empiète sur le bord inférieur du sterno-cléido-mastoïdien droit. La tumeur thyroïdienne suit les mouvements d'ascension de la trachée pendant la déglutition.

A la palpation elle paraît régulière, et donne la sensation caractéristique des goîtres charnus ou parenchymateux.

La circonférence du cou au point le plus proéminent est de 37 centimètres et demi.

Pas de signes d'exophtalmie.

Opération. le 28 février 1905. Anesthésie au chloroforme. Appareil de M. le docteur Ricard.

Notre maître, M. le docteur Monod, a bien voulu nous faire venir et nous a assisté pour cette intervention. Incision de la peau à concavité supérieure allant d'un sterno-cléido-mastoïdien à l'autre. L'aponévrose cervicale et les muscles sous-hyoldiens étant très éraillés et étalés, nous tombons de suite sur la capsule propre de la tumeur. Avec l'index nous décollons facilement le lobe médian dans sa portion inférieure surtout; son bord supérieur, par contre, semble adhérer fortement à la trachée.

Passant une aiguille mousse sous notre doigt qui soulève l'isthme, nous lions la portion droite de celui ci, et le sectionnons.

Pour le rabattre sur le lobe gauche, nous sommes obligés de détacher aux ciseaux de fortes adhérences fibreuses qui le retiennent au tube respiratoire. Il nous est facile alors de lier et sectionner son extrémité gauche.

La portion médiane du goitre ainsi excisée a le volume d'une

petite mandarine, et nous abandonnons les deux lobes latéraux.

La trachée qui apparaît dans le fond de la plaie paraît légèrement aplatie d'avant en arrière, mais ce qui frappe surtout, c'est la petitesse de son calibre, qui ne dépasse pas celui du petit doigt.

Un drain coupé longitudinalement est placé à cheval sur celle-ci, et la peau est coaptée par des agraphes de Michel. — Pausement.

Le 2 mars, le drain est enlevé.

Nous revoyons la malade le 18 mars, la circonférence de son cou est de 33 centimètres et demi au lieu de 37 et demi avant l'intervention.

La rétrocession paraît se faire surtout aux dépens du lobe gauche, le droit par contre bien que diminué, reste encore perceptible à la palpation.

L'opération est encore trop récente, pour que l'atrophie soit complète actuellement, bien qu'elle s'effectue dans les meilleures conditions possibles, comme nous venons de le voir.

OBSERVATION VIII

*Gôitre suppuré. Evacuation de l'abcès. Isthmectomie partielle
Guérison. Atrophie des lobes laissés en place.*

S..., Marie, 26 ans. Entre le 10 février, dans le service de M. le professeur Reclus, pour des troubles dyspnéiques provoqués par une tumeur du corps thyroïde.

Elle est née en Lorraine, près de Metz, dans un pays à goîtres et comme sa mère, elle a toujours eu le cou gros. Elle était en excellente santé et ne se souciait guère du volume de son

cou. Au cours d'une grossesse, heureusement terminée en décembre 1905, la tumeur augmente tout à coup de volume et s'accroît encore sous l'influence d'une grippe. Un phénomène nouveau inquiète la malade : la difficulté de respirer. Aussi, effrayée, se hâte-t-elle de demander une rapide intervention.

Dyspnée d'effort très marquée.

Dans la région sous-hyoïdienne, on remarque une volumineuse tumeur qui adhère à l'arbre aérien et monte et descend, dans les mouvements de déglutition. Les limites sont, en haut, le bord supérieur du cartilage thyroïde, en bas, la poignée du sternum, sous laquelle elle s'engage. Les lobes latéraux s'enfoncent, de chaque côté, sous les sterno-mastoïdiens.

La consistance de la tumeur est partout uniforme, sans sensation de masses kystiques. La tumeur est douloureuse à la pression, au niveau de son extrémité inférieure. Pas de battements. Rien du côté du récurrent. Pas d'exophtalmie, ni de tremblement.

La respiration seule est embarrassée, presque impossible même, dans le décubitus horizontal ; la déglutition est assez pénible.

Le 13 février, on intervient. Incision transversale dépassant les sterno-mastoïdiens, ce qui ouvre sur la tumeur un jour suffisant.

La tumeur sclérosée adhère aux tissus voisins. On ne peut l'isoler facilement de sa gangue fibreuse. En essayant de la détacher, on tombe en bas sur une cavité purulente contenant deux cuillerées d'un pus épais. On incise alors l'isthme de haut en bas. Après avoir lié et sectionné les communicantes supérieures, on traverse un tissu dense, épais de plus de deux centimètres, pinçant et liant, au fur et à mesure que l'on descend.

Mais comme l'isthme se continue au-dessous du bord supérieur du sternum, on ne peut pratiquer une isthmectomie complète. Drainage. Sutures.

L'abcès se tarit peu à peu, la cicatrice se fait dans les meil-

leures conditions. L'opérée quitte l'hôpital le 2 avril 1906. Les saillies latérales sont effacées, la circonférence du cou a passé de 37 à 35, c'est-à-dire a diminué de 2 centimètres.

Nous avons revu la malade à Sainte-Anne où elle est soignée pour un *accès de mélancolie*.

Elle est en excellent état. Aucun signe de myxœdème.

La cicatrice est peu apparente, cachée dans la fossette sus-sternale. A l'inspection, de face, de profil, de trois-quarts, il n'y a plus de tumeur thyroïdienne ; le cou étant placé dans l'extension, on ne voit rien d'anormal.

On sent encore sur les côtés les lobes thyroïdiens fort atrophiés.

Les phénomènes dyspnéiques, la gêne de la déglutition ont complètement disparu.

Circonférence du cou, 33 centimètres et demi.

OBSERVATION IX

Goitre parenchymateux avec quelques noyaux kystiques.

Isthmectomie. Guérison.

A... Hortense, 24 ans, entré le 15 février, née dans un pays sans goitres et de parents non goitreux. Peut-être dès son enfance, avait-elle le cou un peu gros ; mais, il y a un an à peine, que la tumeur s'est mise à croître et à détruit l'harmonie de la région. C'est pour ce motif d'esthétique pure que la malade entre à l'hôpital, et nous constatons au niveau de la région thyroïdienne, un corps thyroïde de forme normale, mais augmenté de volume.

En bas, il atteint presque la fourchette sternale, en haut, il empiète sur le cartilage thyroïde. Les lobes latéraux, très déve-

loppés, se cachent sous les sterno-cléido-mastoïdiens. La consistance est régulière et ferme.

En aucun point on ne constate de fluctuation dans les noyaux, en relief, qui se dessinent sur le lobe gauche. Opérée le 21 février par M. le professeur Reclus. Incision en V ; mise à découvert des lobes du corps thyroïde. Excision de la capsule. Enucléation de deux noyaux ; cela difficilement, plutôt par déchirure des tissus qu'en suivant un plan de clivage.

Voyant la difficulté des efforts, M. le professeur Reclus laisse intact le lobe droit.

On sectionne ensuite au bistouri et au ciseau l'isthme, haut de 2 centimètres environ, épais de 1 centimètre et demi : on lie quelques vaisseaux et on arrive sur la trachée dont la face antérieure est bien mise à nu par l'écartement des deux moignons de l'isthme sectionné. Drainage. Suture. Guérison opératoire rapide.

Bientôt, les deux lobes thyroïdiens, aussi bien le gauche, celui sur lequel on a extirpé quelques noyaux que le droit, laissé intact, se sont affaissés. La circonférence du cou de 36 est devenue 34. Revue le 15 mai 1906, le 15 septembre 1906.

La guérison se maintient. Cicatrice parfaite. L'opérée se dit fort satisfaite.

OBSERVATION X

J. R.... garçon, 15 ans. Entre à l'hôpital Saint-Louis, le 15 mai 1905, pour une tumeur du corps thyroïde. Corps thyroïde augmenté de volume, mais régulier de forme et de consistance. Gêne respiratoire, sans cornage. Pas de phénomènes du côté du récurrent. Pas de dysphagie. Pas de signes basedowiens.

Opération le 17 mai. M. Arrou.

Incision horizontale.

Mise à découvert de l'isthme, décollement, ligature au ras du lobe thyroïdien gauche et rabattement de l'isthme sectionné vers la droite. Ligature nouvelle à ras du lobe droit et excision de la partie médiane. On a quelques difficultés à constituer le pédicule, vu la friabilité du corps thyroïde.

Drainage. Suture. Guérison.

Ce malade est revu le 2 juillet.

Ce cou a diminué de 1 centimètre.

On sent les lobes du corps thyroïde et M. Arrou fait remarquer qu'il y a plutôt effacement que diminution. Il explique ce fait comme Kuster, par la luxation en arrière des lobes thyroïdiens.

Revu à trois reprises différentes ; tout dernièrement, en septembre.

La diminution de 1 centimètre se maintient, mais sans la moindre augmentation, l'enfant se porte à merveille.

N'y aurait-il que dégagement de la trachée et gêne moindre de la respiration que le résultat resterait en faveur de l'isthmectomie.

CONCLUSIONS

1° Actuellement, il est admis que les thyroïdectomies partielles amènent l'atrophie des portions restantes du goitre.

2° L'isthmectomie, qu'elle soit systématique ou purement empirique, a pour avantages, sa simplicité et la possibilité d'une hémostase parfaite. On évite certainement la blessure du récurrent, et on dégage très bien la trachée, si elle est comprimée.

3° C'est surtout dans les goitres parenchymateux récents et chez les sujets jeunes qu'on l'emploiera.

4° Les formes les plus propices sont celles où le goitre de volume moyen a conservé la forme générale de la glande (hypertrophie en masse) (Roux).

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
RECLUS.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- FONTAINE DE PRELIE. — *Th.*, Lyon, 1902.
JENNY. — *Th.*, Lyon, 1893.
AUGIER. — *Th.*, Lyon, 1892.
PONCET. — *Bull. Medical*, 19 mars 1893.
THIERRY. — *Th.*, Paris, 1885-86.
BAILLY. — *Th.*, Bâle, 1891.
GÉRARD. — *Th.*, Lyon, 1892.
GANGOLPHE. — *Lyon Méd.*, 1893, p. 476.
SYDNEY JONES. — *Lancet*, 1883, t. II, p. 900 et 901.
JULIUS WOLFF. — *Berl. Klin. Woch.*, n° 49, p. 297, 1885.
— *Berl. Klin. Woch.*, p. 510, 1887.
— *Berl. Klin. Woch.*, n° 51, p. 1316, 1892; p. 77, 1892.
A. REVERDIN. Deuxième Congrès Français de chirurgie, 1886,
p. 43; *Revue de chirurgie*, 1892.
SCHWARTZ. — *Revue de chirurgie*, 1888, p. 997.
DIEL. — *Th.*, Paris 1905.
P. RECLUS. — *Journal des Praticiens*, n° 36, p. 557, sept.
1906.
BIROS. — *Th.*, Lyon, 1904-1905, décembre.
CAVAILLON. — *Lyon Médical*, 1905, t. CIV, p. 100.